

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 882.

ESSAI DE DIAGNOSTIC CLINIQUE

DE LA

LOCALISATION DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

SUR LE CŒUR OU SUR LE REIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Prosper VIGUIER

Né à Verfeil-sur-Seyre (Tarn-et-Garonne), le 19 février 1872.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 882.

ESSAI DE DIAGNOSTIC CLINIQUE

DE LA

LOCALISATION DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

SUR LE CŒUR OU SUR LE REIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Prosper VIGUIER

Né à Verfeil-sur-Seye (Tarn-et-Garonne), le 19 février 1872.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (A.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (ÉTIENNE).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON (A.).	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BOUVEAULT } chargés des fonct ^{ns}
DIDELOT.	RODET.	BARRAL } d'agrégés.

M. ETIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, *Président*; M. ROLLET, *Assesseur*; MM. GANGOLPHE et DEVIC, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES CHEFS DE L'ÉCOLE DU SERVICE

DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES DE PROMOTION

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

L'artério-sclérose peut frapper la totalité des artérioles mais, en général, elle affecte une prédilection bien marquée pour les artérioles de quelques organes. De là les divisions établies sous le nom de formes cardiaques ou cardiopathies artérielles, forme hépatique, forme pulmonaire, forme rénale.

On est séduit par la netteté et l'individualité des symptômes de chacune de ces localisations lorsqu'on en lit le tableau clinique dans les traités de pathologie et il semble que rien n'est plus facile que de préciser quels sont les organes atteints d'artério-sclérose.

Au lit du malade, au contraire, les cliniciens les plus expérimentés réservent souvent le diagnostic. Dans certains cas d'artério-sclérose généralisée il n'est pas toujours aisé de dire si c'est spécialement au cœur ou au rein que l'on doit rapporter les troubles observés.

Durant notre stage dans le service de M. le professeur Lépine, nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades pour lesquels, le jour de l'entrée, on se demandait : est-ce un cardiaque ? est-ce un rénal ?

Les jours suivants, grâce à une méthode clinique que nous voudrions savoir exposer ici, nous avons vu le diagnostic s'affirmer de lui-même à mesure que tel ou tel symptôme apparaissait.

Nous avons entendu souvent M. le professeur Lépine nous dire, au lit du malade et dans ses cliniques magistrales, qu'il n'y avait pas de signe absolument sûr entre les deux maladies. Il faut pour se prononcer un ensemble de symptômes. Aussi, est-il nécessaire de ne négliger aucun des moyens cliniques que nous possédons :

I. — Faire raconter avec soin au malade ses antécédents pathologiques, le début et la marche de l'affection.

II. — Pour bien caractériser l'état actuel, il nous a paru indispensable :

1° D'examiner les urines,

a) Au point de vue de leur quantité, de leur coloration et de leur densité.

b) Au point de vue de leur teneur en albumine — du mode de variation de cette albumine.

c) Au point de vue de leur richesse en urée.

2° D'examiner le sang au point de vue,

a) De sa richesse en hémoglobine.

b) De sa densité (méthode préconisée récemment) et qui, comme on le sait, donne les mêmes renseignements que la détermination de l'hémoglobine et souvent plus facilement.

On chercherait en vain, dans ce modeste travail, des vues nouvelles sur l'artério-sclérose ou sur la pathogénie des maladies des reins et des maladies du cœur. Nous avons tout simplement examiné avec le plus

d'attention possible les malades qu'on a eu l'obligeance de nous signaler.

Ainsi, il nous a été donné de suivre les progrès de la maladie pendant environ cinq mois chez quelques-uns de nos malades. Nos études ont porté sur une trentaine de malades environ. Ce nombre est supérieur à celui des observations cliniques relatées ici ; nous n'avons utilisé, en effet, que celles qui ont été suivies de l'autopsie.

Certaines lésions mêmes importantes lorsqu'il s'agit du cœur ou du rein, peuvent échapper à un examen macroscopique ; aussi nous avons toujours eu soin de faire l'étude microscopique de ces organes. Pour ce dernier travail, nous n'avons pas eu besoin de faire appel aux lumières de M. Bret, chef de clinique. Il s'est de lui-même, avec son amabilité bien connue, mis tout entier à notre disposition. Nous ne saurions trop le remercier du service qu'il nous a rendu.

C'est un devoir pour nous d'adresser nos remerciements à M. le professeur Lépine pour l'enseignement clinique, vraiment scientifique, que nous avons reçu dans son service pendant deux années.

Nous sommes particulièrement honoré de l'intérêt avec lequel il a bien voulu suivre ce modeste essai, des encouragements avec lesquels il a soutenu nos efforts. Nous lui offrons respectueusement l'hommage de notre travail avec le regret de ne pouvoir mieux lui exprimer notre gratitude.

Nous confondons dans la même reconnaissance nos maîtres de la Faculté de Lyon et nos chefs de l'Ecole du service de santé militaire. Au moment de quitter

les uns et les autres, nous nous rappelons avec une véritable émotion toute la bienveillance qu'ils nous ont témoignée durant ces trois années et en particulier dans la période pénible que nous venons de traverser.

CHAPITRE I.

Commémoratifs. — Histoire de la maladie. — Son début et sa marche.

Le début de certaines néphrites est tout à fait insidieux et c'est malheureusement lorsque les lésions rénales sont déjà avancées, que le malade vient consulter le médecin. C'est pour aider le praticien à faire ce diagnostic si important, qu'on a décrit avec tant de soin les premiers symptômes de cette affection.

Il y a à peine quelques mois, Dieulafoy, faisait encore une communication à l'académie de médecine sur les petits signes du brigthisme. Sous ce titre, il comprend : le phénomène du doigt mort, les algidités locales des extrémités, le battement des temporales, etc.

: Nous avouons que, tout en tenant compte de ces symptômes lorsque le malade nous les décrivait sans y être poussé par l'interrogatoire, nous n'avons pas osé leur attacher une valeur décisive au point de vue du diagnostic.

En effet, ils ne sont pas spéciaux à l'artério-sclérose du rein. Huchard les décrit, dans son « Traité sur les maladies du cœur et des vaisseaux », comme étant des

phénomènes vasculaires ou vaso-moteurs dûs à la diathèse scléreuse généralisée.

Presque tous les malade au contraire chez lesquels les lésions rénales étaient prépondérantes et qui sont morts à cause de ces lésions des reins, avaient eu à un moment donné de la *polyurie*.

Les gens du peuple, s'examinant très mal, pourraient ne pas remarquer des variations même considérables dans la quantité des urines émises. Il est important, pour s'assurer de ce fait, de leur demander si, à une époque qui a suivi de près l'apparition de douleurs vagues dans la région lombaire, ils n'ont pas dû se lever pendant la nuit pour uriner.

Il va s'en dire que ce fait aurait bien moins d'importance et serait même à rejeter si, à la même époque, les malades souffraient de leur vessie. S'ils se sont observés soigneusement, ils déclarent qu'à ce moment, leurs urines étaient peu colorées.

Presque à la même époque, ils ont eu souvent de violents *accès de dyspnée* survenant principalement pendant la nuit. Il est parfois difficile de se faire bien raconter les caractères de cette gêne respiratoire.

Pour un malade qui était couché au n° 5, de la salle Sainte-Elisabeth, et dont l'observation est rapportée plus loin (Observation VI), nous avons cru à des accès de dyspnée urémique. En réalité, il avait éprouvé plusieurs fois les angoisses terribles des malades atteints d'angine de poitrine, angoisses pendant lesquelles toutes les fonctions sont comme suspendues.

On doit aussi s'appliquer à différencier cette dyspnée

de celle que l'on décrit sous le nom de dyspnée cardiaque.

Cette dernière est le plus souvent provoquée par un effort. Les malades, en général, s'expriment ainsi : « J'ai de la gêne respiratoire quand je marche, quand je fais un mouvement quelconque pour me déshabiller, pour monter au lit, par exemple. Dès que je garde le repos, tout disparaît ».

Si on ausculte un malade qui a vraiment de la dyspnée urémique, on se rend compte que le murmure respiratoire est normal ; le nombre des respirations est quelquefois très accru mais les mouvements respiratoires se succèdent à des intervalles réguliers.

Il est un type respiratoire qui se rencontre, il est vrai rarement, mais qui survient de préférence dans le cas d'urémie ; c'est le type dit de Cheyne-Stockes. Nous l'avons consigné dans quelques-unes de nos observations.

La plupart du temps le malade avant son entrée à l'hôpital, a eu des *œdèmes* partiels.

L'histoire des malades est, à ce point de vue, très intéressante. Nous avons cru remarquer qu'il existait certaines différences dans le mode d'apparition, dans la localisation de l'hydropisie suivant que les troubles rénaux ou cardiaques prédominaient.

Les caractéristiques, en quelque sorte, des *œdèmes* brightiques sont la soudaineté de leur apparition et leur facilité à changer de place.

Il est facile, en outre, de se rendre compte que l'*œdème* n'est pas limité à un territoire veineux. Tel malade qui, le matin en se levant, avait les paupières

gonflées au point de ne pouvoir ouvrir les yeux, voyait son œdème disparaître de la face, après être resté une journée debout.

C'est en particulier sur la femme qui était couchée au n° 40 de la salle Ste-Marie (Observation VII), que nous avons pu suivre tous les caprices de ces localisations. Il lui suffisait de se coucher sur un côté pour que le lendemain la joue et la paupière correspondantes fussent œdématiées.

Il serait téméraire d'affirmer que lorsqu'on est amené à faire des scarifications sur les membres inférieurs il y a plus souvent inflammation ultérieure des bords de la plaie quand c'est le rein qui est en cause. C'est pourtant presque uniquement chez des brightiques que nous avons vu survenir cette complication ; c'est assez rare, lorsque l'hydropisie a pour cause une lésion du muscle cardiaque, de la voir envahir la tête et les bras.

Il est très fréquent, en outre, de voir chez les brightiques la séreuse péricardique envahie par des exsudats. Étant donné le volume considérable du cœur, ces derniers, comme l'enseigne M. le professeur Lépine, peuvent donner à l'auscultation l'illusion de bruits de souffle souvent considérables.

Très souvent aussi les malades ont eu des diarrhées rebelles et d'autres troubles intestinaux alors que toute cause infectieuse faisait défaut.

Mais il existe un symptôme à peu près constant : c'est la douleur de tête. Souvent ils sont dans un état d'hébétude assez marqué. S'intéressant peu à ce qui se fait autour d'eux, ils manifestent de l'inaptitude pour

tout travail intellectuel. C'est avec une sorte de paresse toute particulière qu'ils répondent aux questions qu'on leur pose. Je n'ai jamais vu l'un d'eux s'intéresser à la lecture d'un journal ou d'un livre.

Cet état particulier a été d'ailleurs longuement décrit, et en Angleterre on l'a caractérisé par une expression pittoresque en disant que les brightiques ont la « mélancolie des rognons ».

C'est précisément le front qui est le siège de cette douleur ; quelquefois elle s'étend aussi à la nuque et les malades disent alors qu'ils ont un casque qui leur serre la tête. Elle est de plus très tenace et peut quelquefois empêcher le malade de dormir. A une période plus avancée, il peut même exister du délire, délire urémique, des hallucinations :

Le diagnostic n'est plus difficile à établir quand, par exemple, le malade a eu des troubles auditifs bien caractérisés ou encore tous les signes d'une rétinite albuminurique.

CHAPITRE II.

Nous l'avons déjà dit, le diagnostic de ces maladies ne peut être fait d'une manière extemporanée. Dans les quelques observations que nous publions, on s'est livré à des recherches aussi nombreuses que possible sur le taux de l'albumine, sur les rapports qui existaient entre ce taux d'albumine et la diurèse.

L'albuminurie n'est qu'un symptôme et est observée dans des maladies tout à fait différentes. Les maladies cardiaques peuvent secondairement, par un trouble apporté à la circulation, faire apparaître de l'albumine dans les urines.

On assiste à des variations continuelles. Tantôt le disque de l'albumine est très épais ; tantôt, au contraire, les réactifs ne peuvent en déceler une notable trace dans l'urine.

Dans ces cas, le passage de l'albumine n'est pas dû à une altération du tissu rénal — on ne trouve pas de grosses lésions dans le rein cardiaque — mais bien à des troubles circulatoires plus ou moins profonds. L'albumine fait défaut toutes les fois que le pouls se relève et que l'état cyanique disparaît sous l'influence d'un tonique du cœur.

La quantité des urines peut augmenter sous l'influence de l'administration de la digitale, mais le taux de

l'albumine ne s'élèvera pas proportionnellement au nombre de litres d'urine émise. C'est ce qui s'est passé pour le malade couché au n° 48 de la salle Sainte-Elisabeth.

D'un autre côté, on n'observe jamais, chez un cardiaque une forte proportion d'albumine. En moyenne le taux de cette dernière oscille entre 1 gr. et 1 gr. 50.

Pour un de nos malades (n° 28) qui, le jour de l'entrée, présentait 7 gr. d'albumine, M. le professeur Lépine fut très affirmatif, — et, alors que les apparences étaient plutôt en faveur d'une lésion cardiaque, il rattacha la plupart des troubles observés à des lésions rénales déjà avancées. — L'autopsie, comme nous allons le voir, vint montrer la valeur de ce signe.

Sur le malade couché au n° 13, et à l'occasion duquel nous avons entrepris ce travail, nous avons observé un symptôme que M. Lépine a déclaré autrefois être exclusivement propre aux maladies rénales (1). Nous voulons parler de l'augmentation de l'albuminurie coïncidant avec la diurèse.

C'est là un signe *rare*, mais chez ce malade, on constata en même temps une densité du sang très faible et une quantité d'hémoglobine bien au-dessous de la moyenne; ce qui confirmait le diagnostic de brigthisme.

Il nous reste à dire comment nous avons procédé à l'examen de l'albumine; nous nous sommes adressé au

(1) Association française pour l'avancement des sciences.
— Congrès de Grenoble.

procédé d'Esbach qui est très simple et en même temps assez précis.

C'est sur les urines de toute la journée qu'a porté le dosage. Nous nous sommes efforcé d'avoir la quantité totale des urines émises depuis l'heure de la visite jusqu'à la visite du lendemain. Pour arriver à ce résultat, nous avons fait appel à la bonne volonté du malade, tâchant de lui persuader qu'il gagnerait beaucoup à suivre, sur ce point, les ordres du médecin.

Les malades observés étaient soumis au régime ordinaire des hôpitaux. Chaque fois qu'ils ont eu une alimentation spéciale, nous avons eu soin de l'indiquer.

Cette précaution qui n'a pas grande importance, quand il s'agit du dosage de l'albumine, n'est pas du tout négligeable lorsqu'on étudie l'élimination quotidienne de l'urée. Il va sans dire que nous avons pris ici aussi l'urine de toute la journée.

Dans plusieurs observations, grâce à l'extrême obligeance de notre camarade et ami le docteur Laval, nous avons pu donner la quantité totale d'azote éliminé par jour. Prenant d'un côté un brigthique pur et de l'autre un cardiaque bien franc, nous avons pu nous convaincre qu'en général, ils éliminaient par l'urine, une quantité d'azote bien différente.

Ainsi le nommé D..., qui est resté pendant plus d'un an, au n° 8 de la salle Sainte-Elisabeth, n'a jamais éliminé plus de 7 gr. d'urée par litre. L'autopsie est venue confirmer le diagnostic de mal de Brigh, posé à son entrée.

Au contraire, nous avons été amené pour plusieurs

de nos malades, à affirmer que le rein était relativement sain, quand, avec une albuminurie qui ne dépassait pas 0 gr. 50, ils éliminaient plus de 20 gr. d'urée par litre.

Depuis longtemps, M. le professeur Lépine, a insisté sur l'importance qu'il y a à analyser le sang au point de vue de sa densité.

« La constatation de l'hydrémie brighthique, a-t-il écrit, est parfois d'un grand secours pour le diagnostic, car, dans certaines circonstances, elle est pres- que le seul signe qui permette de décider si une dilatation cardiaque est sous la dépendance d'une maladie primitive des reins. C'est en effet, dans ce dernier cas, que l'hydrémie est très accentuée, ainsi que je l'enseigne depuis plusieurs années (1). »

Nous n'avons pas négligé un moyen si précieux de diagnostic, d'autant plus que, grâce à l'ingénieux appareil mis à notre disposition, il est relativement facile de prendre la densité du sang (2).

M. le D^r B. Lyonnet, ex-interne des hôpitaux, l'a longuement décrit en donnant le manuel opératoire dans sa thèse inaugurale intitulée « De la densité du sang et de sa détermination clinique ». Il a bien voulu présider à nos premiers essais et nous familiariser à cet examen.

Adoptant après lui le chiffre 1 058 comme représentant la densité normale chez l'homme, nous avons trouvé que, lorsque les lésions rénales prédominaient,

(1) Annotations de Bartels (p. 612).

(2) Procédé de Roy et Lyod Jones légèrement modifié.

la densité du sang était diminuée jusqu'à descendre et se maintenir entre 1046 et 1050. Chez les malades au contraire, qui avaient surtout des lésions cardiaques, elle se maintenait entre 1058 et 1060, nous l'avons vu dépasser ce chiffre chez plus d'un de nos malades.

Il ne faudrait pas croire en effet, comme l'a bien mis en lumière M. Lyonnet, que la pathogénie de l'œdème soit la même chez les cardiaques et chez les brighthiques. Chez les premiers, il est dû en grande partie à l'augmentation de la pression sanguine dans les veines et la densité de la masse sanguine n'est pas abaissée.

On a reproché au procédé que nous avons employé et qui utilise le sang provenant d'une piqûre faite au doigt de ne donner que des résultats approximatifs. En effet, a-t-on dit, le sang que l'on fait refluer vers le doigt au moyen de la pression, n'est pas en tout analogue à la masse sanguine, c'est plutôt sur le sang veineux que l'on expérimente.

L'erreur, si erreur il y a, est négligeable. En tout cas, nos résultats sont comparatifs, car nous avons eu recours au même expédient chez tous nos malades, en excluant, bien entendu, ceux qui présentaient de l'œdème des doigts.

Il nous a été donné d'ailleurs de vérifier la justesse du procédé. Nous avons pris en effet la densité du sang provenant de la piqûre faite au doigt chez un homme à qui on allait faire une saignée. Nous avons trouvé le chiffre 1054. Nous avons de nouveau cherché la densité du sang en puisant directement à la veine fluide et avons trouvé le même chiffre.

Pour une de nos malades couchée au n° 40 de la salle

Sainte-Marie (Observation VII) nous avons trouvé une densité moyennée alors que, pour beaucoup de raisons et en particulier par la faible quantité d'urée qu'elle éliminait par jour, nous tendions à incriminer surtout son rein.

L'autopsie et aussi l'histoire de la malade nous ont appris que c'était là un cas mixte. Depuis une forte attaque de rhumatisme, cette malade avait une lésion cardiaque et M. Lépine admit, en nous rendant compte du mécanisme de sa mort, qu'il s'était développé une néphrite consécutive à un rein cardiaque ainsi que cela a été signalé l'an dernier par quelques anatomo-pathologistes allemands.

C'était là un cas mixte où les altérations du sang et les troubles circulatoires coïncidaient et, si l'on veut, cette malade établissait le lien de transition entre les deux maladies.

Rarement le mot de myocardite se trouve en tête de nos observations.

M. Lépine, dans une communication à la Société de médecine s'est élevé contre l'habitude que l'on a d'affirmer souvent sans preuve l'existence de lésions anatomiques. C'est parce que le mot ataxie locomotrice, dit-il, au lieu de faire songer au symptôme classique de Duchenne, éveille à tort l'idée nécessaire de sclérose des cordons postérieurs, qu'on est stupéfait des améliorations obtenues par la méthode de Brown-Séquard.

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque qui est clinique et physiologique est celui auquel on devrait s'arrêter. On a tort de vouloir diagnostiquer une *myo-*

cardite, alors que le plus souvent l'autopsie révèle seulement quelques lésions *atrophiques*, et non inflammatoires du myocarde.

En fait, il n'y a pas un seul signe permettant de diagnostiquer une myocardite; tout ce que les symptômes permettent de dire, c'est qu'il y a faiblesse cardiaque et il faut s'en tenir là.

Parmi les lésions atrophiques du myocarde, une des plus intéressantes est l'altération spéciale de la fibre musculaire, mise en lumière et décrite dans les Archives de médecine expérimentale de 1891 par MM. Lépine et Molard :

« Les coupes perpendiculaires pas plus que les coupes parallèles à la direction des fibres cardiaques ne montrent les lésions ordinaires des myocardites chroniques. Il n'existe pas de trace de sclérose; partout le tissu conjonctif a conservé sa disposition normale par rapport aux fibres musculaires. Les vaisseaux ne sont pas non plus le siège d'aucune lésion et les fibres musculaires bien colorées, pourvues de beaux noyaux pouvaient passer pour saines à un examen superficiel. Mais en les examinant à un fort grossissement on y découvre certaines particularités extrêmement intéressantes. »

« Sur des coupes transversales, les fibrilles élémentaires apparaissent avec une grande netteté. Elles ne sont pas accolées de façon à se toucher et à ne laisser entre elles aucun espace libre, appréciable, mais au contraire parfaitement isolées et écartées les unes des autres, d'une façon tout à fait anormale, par une substance qui se montre sous forme de lignes ou

« d'espaces irréguliers notablement moins colorés que
« les fibrilles qu'ils séparent. L'aspect des fibres car-
« diaques examinées isolément est d'ailleurs des plus
« variés. Tantôt la coupe a porté sur un noyau et ce-
« lui-ci se voit au centre de la fibre ou un peu excen-
« triquement. Tantôt la coupe ayant porté plus ou
« moins bas, le noyau n'est pas visible ; mais dans tous
« les cas les champs de Cohnheim sont d'une netteté
« extraordinaire et, fait plus anormal, ils ont perdu
« leur régularité. L'écartement des fibrilles est loin
« d'être partout égal. Sur de nombreuses fibres on voit
« de larges espaces clairs, ici arrondis, là étoilés, ail-
« leurs dessinant des sinuosités ou d'une irrégularité
« défiant toute description ; espaces au niveau des-
« quels les fibrilles manquent et qui ne montrent pas
« de structure. Sur d'autres fibres, les fibrilles sont
« réunies par petits groupes de quatre ou cinq. Les es-
« paces clairs eux-mêmes occupent tantôt le centre
« de la fibre, tantôt les points les plus rapprochés de
« la périphérie, fréquemment il en existe plusieurs
« pour une seule et même fibre. Enfin le bord des fi-
« bres musculaire, quelle que soit l'étendue des espaces
« clairs, reste toujours limité par une couronne de
« fibrilles élémentaires. »

« Si l'on examine les coupes longitudinales on
« trouve les noyaux très bien colorés et l'on est frappé
« tout d'abord de leur volume anormal. Un grand
« nombre sont énormes et arrondis, d'autres un peu
« moins gros, présentent une forme ovoïde ou allon-
« gée dans le sens général de la direction des fibres.

« En somme les noyaux sont volumineux et de forme
« régulière.

« Dans certaines portions de fibres correspondant à
« un segment cellulaire, ils sont au nombre de deux
« assez écartés ou assez rapprochés l'un de l'autre.
« Régulièrement, au niveau des noyaux, les fibres pré-
« sentent un élargissement transversal plus ou moins
« marqué, comme si le noyau, en augmentant de vo-
« lume, avait dilaté à son niveau toute la fibre. Ce
« n'est pas tout; si l'on considère la coloration même
« des fibres musculaires, on constate qu'elle n'est
« point uniforme et que la partie qui entoure le noyau
« est manifestement plus claire que le reste. L'examen
« d'autres fibres dans lesquelles la coupe a vraisem-
« blablement passé par le milieu de leur épaisseur
« permet de comprendre ce phénomène. On voit sur
« ces dernières que le centre de la fibre est occupé par
« une énorme masse de protoplasma d'aspect tout à
« fait analogue aux espaces clairs que nous avons dé-
« crit dans les coupes transversales, cette masse pro-
« toplasmatique, dont la largeur atteint fréquemment
« le tiers de celle des fibres musculaires, s'étend à une
« distance plus ou moins longue dans le sens de la
« longueur des fibres au-dessus et au-dessous du
« noyau, pour se terminer, le plus souvent, par une
« extrémité effilée. Lorsqu'il y a deux noyaux, elle oc-
« cupe tout l'intervalle qui les sépare, et se prolonge
« encore au-delà de ces noyaux.

« Du reste, en dehors de ce fuseau protoplasmique,
« la striation longitudinale et transversale des fibres

« musculaire est très belle et présente tous les caractères normaux. »

Outre cette lésion on en rencontre un certain nombre d'autres qui sont classiques; quant aux lésions de *myocardite fibreuse* elles ne se rencontrent pas, d'après M. Lépine, dans le tiers des cas.

Nous avons classé nos observations en trois groupes. Dans le premier (Observations I, II, III et IV) nous avons fait entrer les malades pour lesquels, durant la vie, on a pensé surtout à une lésion rénale. Le second groupe comprend deux cas (Observations V et VI) où l'on avait été amené à incriminer le cœur comme principal facteur des troubles observés. L'indécision a été plus grande, comme on le verra, dans les cas VII et VIII où l'on avait à faire à des lésions mixtes.

OBSERVATIONS.

1^{er} GROUPE : Localisation rénale prédominante.

OBSERVATION I.

NÉPHRITE CHRONIQUE, ANASARQUE, PÉRITONITE CHRONIQUE, CŒUR DE TRAUBE AVEC INSUFFISANCE MITRALE PAR DILATATION.

D... François, âgé de 41 ans, né à Craponne (Rhône), a occupé successivement les lits 8 et 14, salle Sainte-Elisabeth. Entré le 5 octobre 1891, mort le 25 janvier 1893.

Le malade fait remonter sa maladie à l'année dernière. C'est peu à peu qu'il a vu apparaître et augmenter de l'œdème aux membres inférieurs. Oppressé et ressentant au moindre effort de vives palpitations de cœur, il a dû changer de métier. Il ne se souvient pas d'avoir ressenti de douleurs dans la région rénale, mais il affirme qu'il a souffert constamment de la tête depuis le mois de septembre.

A son entrée, on entend très nettement à l'auscultation du cœur un bruit de galop (ce signe a d'ailleurs persisté pendant tout le séjour du malade à l'hôpital).

A la pointe on constate l'existence d'un léger souffle systolique.

La quantité d'urine émise par jour s'élève à un litre. Elle est trouble, un peu sale et contient environ 8 grammes d'albumine. Pouls : 132 à la minute.

On entend à l'auscultation quelques râles aux bases.

L'anasarque est considérable ; malgré un degré d'ascite assez prononcé, on se rend compte que le foie est augmenté de volume et douloureux.

On a épuisé pour ce malade toute la série des médicaments qui peuvent relever l'énergie du cœur et favoriser la diurèse. Il est successivement soumis à la digitaline, au bromure de strontium, à la caféine, à l'adonis vernalis, à l'iodure de potassium, à la strophanthine.

Malgré cette médication, aussi énergique que suivie, l'état du malade va en empirant.

On est obligé, tous les huit jours à peu près, de lui faire une ponction de l'abdomen et de lui retirer une quantité de liquide variant entre 7 et 10 litres. Le nombre des ponctions ainsi faites s'est élevé à 33.

Vers les trois derniers mois de sa vie on constate à plusieurs reprises tous les signes d'une péricardite.

Il succombe le 25 janvier ayant présenté avant de mourir des convulsions urémiques. La quantité des urines avait diminué beaucoup et n'était plus que d'un demi-litre.

Nous avons pris à six reprises différentes la densité de son sang. Pendant le mois de novembre nous avons trouvé successivement 1050 et 1048. Le 10 janvier un nouvel examen donne 1049.

L'albuminurie a été constante, le malade urinait un

litre environ par jour, le taux de son urée a varié entre 8 et 10 grammes et celui de l'albumine entre 5 et 9 grammes.

AUTOPSIE. — 1° *Examen macroscopique*. Cœur volumineux sans lésion d'orifice, cœur de Traube; artères coronaires athéromateuses.

Foie gras, non muscade avec périhépatite, périsplénite.

Reins scléreux.

2° *Examen microscopique*. — A. — Cœur : il existe une légère sclérose périfasciculaire formant des bandes plus ou moins étroites. Quelques artérioles ont leur paroi externe épaissie. Les lésions sont surtout apparentes à la face interne du myocarde.

Épaississement de l'endocarde. Lésions très marquées de la striation. Aspect criblé de certaines fibres coupées en travers, beaucoup de fibres à fibrilles dissociées.

B. — Rein : a) Lésions interstitielles très prononcées. Grandes traînées de sclérose englobant des vaisseaux. Les artères sont atteintes d'endopéricardite. Quelques-unes sont oblitérées. Travées fibreuses plus minces, séparant les tubuli et les écartant.

Quelques glomérules, en voie d'atrophie, présentent un épaississement de la capsule de Bowmann, avec des irradiations fibreuses dans l'intérieur de la substance glomérulaire.

b) La plupart des tubuli sont d'un volume normal; plusieurs cependant présentent une dilatation évidente. L'épithélium est abrasé; à la périphérie on

trouve la ligne d'implantation des noyaux. Dans quelques tubuli, prolifération épithéliale qui donne naissance à un protoplasma granuleux. Beaucoup de moules dans les tubuli.

Nous avons été amené à considérer ce malade comme étant surtout atteint d'insuffisance rénale pour les raisons suivantes :

Une quantité d'albumine aussi considérable ne pouvait passer dans l'urine qu'à la faveur de lésions glomérulaires avancées.

En outre, pendant des mois, ce malade n'a éliminé que 10 grammes d'urée par jour. Cette quantité d'urée ne correspondait vraisemblablement pas à celle qui était produite dans l'organisme. Aussi nous l'avons vu dans les derniers mois de sa vie présenter les symptômes d'urémie chronique, tels que vomissements opiniâtres, crampes musculaires, etc.

D'un autre côté, la densité de son sang a été toujours bien au-dessous de la moyenne. A plusieurs reprises on a constaté dans la région précordiale des frottements péricardiques. Bortels signale la grande fréquence de la péricardite dans le cours des maladies des reins.

OBSERVATION II.

NÉPHRITE ET HYPERTROPHIE DU CŒUR. — MYOCARDITE.

M... Antoine, 62 ans. Entré le 27 décembre 1892. Couché au n° 28, salle Sainte-Elisabeth. Mort le 9 janvier 1893.

Bonne santé habituelle, n'a jamais eu de maladie sérieuse jusqu'à l'âge de 60 ans. Il nie toute syphilis et est moins catégorique à l'endroit de l'alcoolisme. Depuis deux ans il se plaint d'accès d'oppression et depuis treize mois il lui est impossible de travailler.

Le 18 août dernier, le malade a une espèce d'attaque qui le prend dans la rue, mais après quelques instants d'obnubilation, il se relève et peut rentrer lui-même chez lui. A plusieurs reprises depuis cet accident, il a eu des étourdissements et des accès d'oppression surtout la nuit. Ce fut en novembre que le malade constata l'œdème des jambes.

La vue est restée toujours excellente.

Actuellement. — Le facies du malade est décoloré, les lèvres sont bleuâtres. L'oppression est très considérable, il parle par saccades et fait de grands efforts inspiratoires. Les avant-bras sont légèrement envahis par l'œdème qui est dur. Cœur : Bruits faibles, lointains, qui semblent couverts par le poumon. On ne perçoit pas de bruit de souffle, mais on a la sensation d'un galop à la palpation.

Les urines qui sont assez colorées renferment une quantité massive d'albumine.

Peu à peu se déclarent les signes d'un épanchement dans la plèvre droite ; on retire 800 centimètres cubes d'un liquide peu riche en fibrine.

Le galop entendu dans toute la région précordiale est persistant ; de même le taux de l'albumine reste toujours très élevé :

Examen des Urines :

Dates	Quantité	Urée	Albumine
29 décembre	1.000	20 gr.	7 gr.
30 décembre	800	18 gr.	5 gr. 5

Examen du sang : Densité.

29 décembre : = 1048.

30 décembre : = 1051.

AUTOPSIE : Cœur de Traube 700 gr. — Athérome des deux coronaires, orifices perméables.

Rate = 250 gr.

Reins = 380 gr.

Examen microscopique (pièces durcies dans le liquide de Muller).

A. — Cœur. — Sclérose étendue du myocarde. Les coupes qui comprennent toute l'étendue du ventricule gauche au niveau de la face antérieure offrent à considérer trois zones :

1° Une zone interne portant sur l'insertion des piliers charnus de deuxième et de troisième ordre qui sont recouverts par une membrane conjonctive formée par l'endocarde. Cette membrane forme à ce niveau une grande abondance de tissu conjonctif lâche. A l'union de l'endocarde et de la couche musculaire proprement dite, il s'opère une sorte de densification du tissu conjonctif qu'indique une coloration plus marquée du carmin.

2° Une zone moyenne qui occupe au moins le quart de la préparation en épaisseur et est exclusivement formée par du tissu conjonctif lâche.

3° Une zone externe qui présente le myocarde dissé-

qué, parcouru par des bandes de tissu sclérosé. Sur le plus grand nombre de faisceaux la striation paraît normale.

B.— Reins.— Au sein de la substance corticale, on distingue très nettement par place un grand nombre de tubes en voie d'atrophie ; ils sont écartés, distants les uns des autres, noyés dans une nappe de sclérose.

La substance rénale est parcourue par de gros vaisseaux à paroi très épaisse.

En réalité, chez ce malade l'artério-sclérose avait envahi toute l'économie, nous en avons pour preuve les attaques successives qu'il a eues, les étourdissements fréquents. Son cœur était très irrégulier et nous aurions peut-être penché vers l'idée d'une localisation prédominante sur cet organe si nous n'avions trouvé à plusieurs reprises un taux d'albumine considérable.

A côté de cette lésion cardiaque que venait aggraver et entretenir un emphysème considérable, il fallait tenir compte pour le pronostic et mettre peut être en première ligne la lésion rénale.

La densité du sang était diminuée puisqu'elle ne s'est pas élevée au-dessus de 1851.

OBSERVATION III.

NÉPHRITE CHRONIQUE. — HYPERTROPHIE CARDIAQUE.

N., Marguerite, 54 ans, ménagère, née à Chasselay (Rhône).

Entrée le 2 décembre 1892, salle Sainte-Marie, n° 41.
Morte le 19 janvier 1893.

La malade vient de traverser l'âge critique, et ses dernières règles datent de 13 mois. Dans son enfance, elle n'a pas eu de maladie grave. Mariée elle n'a pas eu d'enfant et nie avoir fait de fausses couches.

Il y a un an à peu près, elle a perdu une forte somme d'argent et habituée auparavant à mener large vie, elle est passée brusquement du rôle de maîtresse à celui de servante.

Pour se sustenter et aussi pour oublier, elle a contracté l'habitude de boire de l'alcool, des liqueurs et en particulier de l'arquebuse.

Son métier était très pénible; garde malade, elle veillait en moyenne une nuit sur deux. C'est principalement pendant le mois d'avril dernier que la malade s'est surmenée.

Elle a ressenti à cette époque de violents maux de tête et a souffert beaucoup dans la région précordiale. Les forces disparurent très vite et un léger œdème se montra aux malléoles.

A cette date aussi, elle accuse de la pollakiurie, deux ou trois fois pendant la nuit elle était obligée de se lever pour uriner.

Les symptômes n'ont fait que s'aggraver: l'hydropisie augmente ainsi que l'angoisse précordiale.

Depuis dix jours la polyurie a fait place à de l'olurie.

Actuellement. — Son facies est bouffi. La malade est obnubilée, demi-somnolente; elle répond avec nonchalance aux questions. L'anasarque est maintenant

généralisée et les membres inférieurs sont on ne peut plus distendus par l'œdème.

Depuis trois ou quatre jours la malade n'urine presque pas. On doit la sonder une ou deux fois par jour.

Cœur. — La pointe est difficile à délimiter; elle semble battre dans le sixième espace en dedans du mamelon. A ce niveau les battements sont sourds. Le premier temps est mal frappé. Le pouls est à 116; il est petit mais régulier.

L'urine retirée par la sonde renferme 3 gr. d'albumine par litre et 10 gr. d'urée,

Les jours suivants, la malade, qui est soumise au régime lacté absolu et absorbe 0 gr. 002 de digitaline, présente du pouls veineux au niveau de ses jugulaires; pas de souffle tricuspidien.

Elle est de plus en plus somnolente et vers la fin de sa vie, elle ne répond plus lorsqu'on l'interroge; elle parle sans cesse et son délire est intermittent.

Il nous a été très difficile d'avoir ici la quantité totale des urines (mictions involontaires).

Dates	Quantité	Urée	Albumine
4 décembre	1000	10 gr. par litre	3 gr.
20 décembre	0,500	8 gr. —	2 gr. 50
28 décembre	0,200	10 gr. —	3 gr.

Examen du sang au point de vue de la densité :

18 décembre : = 1044 { Densité moyenne = 1045
27 décembre : = 1046 }

AUTOPSIE. — A. — Cœur. — Cœur de Traube type, très gros. Poids = 700 gr. l'hypertrophie porte exclusivement sur le ventricule gauche.

Myocardite scléreuse vers la pointe.

Histologie. — Le myocarde est sillonné par une série de bandes scléreuses peu larges mais qui semblent constituées par un tissu conjonctif dense; elles englobent des faisceaux musculaires assez larges.

B. — Reins. — Poids = 320 gr.

La substance corticale est amincie et de couleur jaunâtre.

Foie dur et rate avec périsplénite.

Ce qui nous a le plus frappé chez cette malade, c'est l'état de somnolence tout particulier dans lequel elle a été plongée durant son séjour à l'hôpital.

C'est chez elle que nous avons trouvé la plus faible densité, 1045.

Ce qui étonne, c'est la marche relativement rapide de tous ces accidents. — Il ne faut pas oublier que la malade traversait la période de la ménopause, qu'elle s'était surmenée et de plus avait depuis longtemps des habitudes alcooliques. Elle n'a jamais, durant son séjour à l'hôpital, éliminé plus de 10 gr. d'urée par jour.

OBSERVATION IV.

EMPHYSÈME PULMONAIRE. --- HYPERTROPHIE CARDIAQUE.

LÉGÈRE INSUFFISANCE MITRALE. — NÉPHRITE.

G... Cyprien, 72 ans ferblantier. Entré le 17 juin 1892, mort le 7 août 1892.

Les motifs qui amènent cet homme à l'hôpital sont l'œdème des jambes et une violente oppression ren-

dant impossible tout travail.

Il ne se souvient pas d'avoir fait de maladie grave maie avoue des excès alcooliques. Il a eu pourtant toute une série de maladie infectieuses : variolè, rougeole, scarlatine, fièvre intermittente.

Depuis 2 ans il est essoufflé et depuis quinze jours seulement il a les jambes enflées.

Le jour de l'entrée l'œdème des membres inférieurs remonte jusqu'à la ceinture. Il n'y a pas d'œdème des membres supérieurs.

Cœur. — Les bruits sont un peu sourds mais lents. On a arythmie assez marquée, pas de souffle, léger galop. Les veines jugulaires sont un peu dilatées à droite. — Pas de pouls veineux.

Poumons. — On note un thorax un peu globuleux avec sternum saillant en avant. L'inspiration est accompagnée de râles sibilants et ronflants ; l'expiration est manifestement prolongée.

Foie un peu gros, non douloureux, pas d'ascite. Les urines, qui sont peu colorées, renferment de l'albumine en assez grande quantité.

Les jours suivants cette albuminurie ne disparaît pas ; il en est de même de l'œdème. Les bruits du cœur deviennent beaucoup plus fréquents et sont irréguliers.

Bientôt la quantité des urines diminue et tombe à un demi-litre.

La dyspnée augmente et une céphalée violente apparaît.

Il se développe un épanchement dans la plèvre droite et le liquide retiré par ponction ne renferme pas de fibrine

Sous l'influence de la caféine en injection la quantité des urines qui était tombée à 1/2 litre devient plus considérable mais le taux de l'albumine s'élève proportionnellement.

Le malade meurt le 7 août.

Examen des urines.

Dates	Quantité	Urée	Albumine
4 juillet.	1200 gr.	19 gr. 75	3 gr. 75
5 id.	1500 gr.	18 gr. 25	2 gr. 50
19 id.	500 gr.	15 gr. 25	0 gr. 80
20 id.	1200 gr.	15 gr. 50	3 gr. 50
25 id.	900 gr.	12 gr. 80	3 gr.

Examen du sang :

Densité.

22 juin = 1050	} Densité moyenne = 1050,75.
28 id. = 1052	
15 juillet = 1051	
20 id. = 1050	

AUTOPSIE. — On trouve environ un litre de liquide dans la plèvre droite. Le poumon droit ne crépite plus à la pression du doigt.

Cœur : gros, hypertrophié, un peu pâle, se déchire facilement. La mitrale est un peu épaissie, sclérosée et légèrement insuffisante.

Reins. — Petits, sclérosés, atrophie de la substance corticale. La capsule s'enlève en enlevant des fragments de la substance rénale ; petits kystes à la surface.

Poids des 2 reins = 210 gr.

Foie cardiaque, un peu muscade, poids = 1450 gr.
périhépatite, périsplénite.

Rate = 170 gr.

Après avoir hésité longtemps, nous avons pu, chez ce malade, affirmer que les lésions rénales étaient prépondérantes car nous avons observé chez lui l'augmentation du taux de l'albumine avec la diurèse, signe fort important, ainsi qu'il a été dit plus haut, et qui peut passer pour caractéristique d'une *lésion* rénale.

Son interrogatoire nous expliquait aussi une localisation rénale de la diathèse scléreuse.

II^me GROUPE. — Localisation cardiaque prédominante.

OBSERVATION V.

**HYPERTROPHIE CARDIAQUE AVEC LÉSION DES FIBRES
SANS SCLÉROSE.**

M... Jean-François, 53 ans, veloutier. Entré le 10 juin 1892. Mort le 12 juillet, salle Sainte-Elisabeth, lit n° 44.

Ce malade n'accuse pas d'antécédents héréditaires. Très vigoureux il travaillait depuis son adolescence du métier de tisseur. Il affirme qu'il n'a point fait d'excès de boisson; il n'aurait pas eu de rhumatisme ni de maladie infectieuse.

Il y a 6 ans, apparurent les premiers symptômes de la maladie actuelle, ils consistaient en de violents accès d'oppression. Loin de disparaître, ils ont augmenté de violence; au moindre effort l'ouvrier éprouvait une vive dyspnée.

A cette époque, le nombre des mictions n'était pas augmenté. Il ne se plaignait pas de maux de tête. Alors cependant, dit-il, il ressentit des douleurs vagues dans la région lombaire.

Peu après, recrudescence de l'oppression au point que la position horizontale dans un lit lui est impossible à garder. Il a eu passé des nuits entières assis dans un fauteuil; parfois même, il se mettait dans la position génu-pectorale croyant favoriser ainsi ses mouvements respiratoires.

Il séjourne à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Clément, du 25 mars au 7 mai. On a constaté à ce moment un souffle systolique à la pointe et une albuminurie variant de 1 gr. à 1 gr. 50. Revenu chez lui son état s'aggrave.

Il nous est présenté le 10 juin, en proie à une vive dyspnée.

Œdèmes énormes des membres inférieurs. En certains endroits, la peau surdistendue a crevé. L'abdomen est énorme, mais on n'a pas la sensation de flot bien nette.

Au cœur souffle peu intense à la pointe.

Foie ne peut être délimité à cause de l'épanchement.

Aux poumons à droite, matité et silence respiratoire au tiers inférieur; pas de souffle ni d'égophonie, à gauche quelques râles crépitants.

Le malade n'accuse pas d'autres symptômes que de l'oppression.

Les urines sont d'une teinte normale et renferment le jour de l'entrée 1 gr. d'albumine par litre.

On administre de la digitaline à la dose de 0,002 et on donne 1 gr. de caféine en potion.

Sous l'influence de cette médication la quantité d'urine augmente (1600 gr.) mais la quantité d'albumine tend au contraire à disparaître 0 gr. 25.

La dyspnée est toujours très forte.

La spartéine à la dose de 0 gr. 20 modifie peu l'état du malade.

A plusieurs reprises pour combattre une dyspnée excessive on ponctionne la plèvre droite.

Examen des Urines :

Dates	Quantité	Urée	Albumine
20 juin	1200 gr.	20 gr.	0,50
		Acide urique 2 gr. 49	
28 juin	1000 gr.	22 gr. 50	2,50
1 ^{er} juillet	1200 gr.	23 gr. 25	2 gr.
5 juillet	800 gr.	25 gr.	1 gr. 50
11 juillet	500 gr.	19 gr. 25	3 gr.

Examen du sang :

	Densité
14 juin.	1060
1 ^{er} juillet.	1067
10 juillet.	1065

Autopsie. — A. — Cœur : énorme, surtout le ventricule gauche; poids = 820 gr.; pas de lésions valvulaires.

Au microscope : segmentation extrêmement marquée, légère striation des fibrilles — un peu de pigmentation — pas de sclérose.

B. — Reins : poids 450 gr. pas de grosses lésions, peu atrophies.

La quantité d'albumine éliminée aurait pu faire supposer que les lésions rénales étaient pour beaucoup dans le tableau symptomatique présenté par ce malade. Mais d'un autre côté, les chiffres obtenus pour l'élimination de l'urée par jour, étaient bien élevés pour un brigthique.

La densité du sang ne laissait pas supposer non plus une localisation rénale bien franche, de plus les symptômes urémiques faisaient défaut. A l'autopsie on ne peut admettre que des lésions rénales aussi marquées aient pu secondairement amener une telle hypertrophie cardiaque; aussi a-t-on admis une lésion cardiaque primitive.

OBSERVATION VI.

MYOCARDITE. HYPERTROPHIE CARDIAQUE AVEC GALOP.

ANASARQUE, ALBUMINURIE.

L... Jean, 52 ans, cordonnier, né à Espagnac (Corrèze). Entré le 9 mai 1893. Mort le 4 juin 1893.

Cet homme entre à l'hôpital pour de l'oppression remontant au mois de mars. A cette époque, le malade doit s'aliter, tant il était oppressé. Un médecin appelé constata l'existence d'un épanchement pleural et ponctionna le malade à deux reprises différentes.

Il est à noter que jamais L... n'a eu de point de côté ni de frisson.

Etat actuel : Œdème des membres inférieurs remontant jusqu'au tiers supérieur des jambes.

Les mouvements respiratoires sont précipités.

Le pouls est fréquent; la pression artérielle est de 14.

Le malade est pâle, un peu amaigri, le moindre effort exagère sa dyspnée; la parole est entrecoupée à cause de l'essoufflement.

La matité cardiaque est augmentée d'étendue.

La pointe bat à 2 travers de doigt en dehors du mamelon dans le 5^e espace: l'impulsion cardiaque est un peu diffuse, battements épigastriques. Les bruits sont réguliers sans souffle, il paraît exister un galop.

Aux poumons on trouve les signes d'un épanchement à droite.

Les urines sont franchement albumineuses le jour de l'entrée; le médecin qui avait soigné L... avant son entrée à l'hôpital avait, lui aussi, constaté la présence de l'albumine dans l'urine et soumis le malade au régime lacté.

Le foie dépasse de 4 travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Souvent le malade a eu des suffocations terribles pour nous servir de son expression. Elles survenaient brusquement à l'occasion d'un effort souvent minime et il se sentait défaillir. Jamais il n'a eu de polyurie.

Les jours suivants on entend avec beaucoup plus de netteté au cœur un bruit de galop; on s'en rend compte également à la palpation.

Peu à peu le cœur faiblit de plus en plus; le pouls

est à peine perceptible à la radiale. Au cœur on a dans les derniers temps un rythme pendulaire très marqué.

L'intelligence du malade est conservée jusqu'à la fin, il ne se plaint pas de maux de tête.

Les urines recueillies avec soin nous ont donné les chiffres suivants au point de vue de leur teneur en albumine et en urée.

Dates	Quantité	Urée	Acide urique	Albumine
10 mai	1000 c ^s	31 gr.	1 gr. 31	0 gr. 25
23 mai	1200 c ^s	28 gr.	1 gr. 14	0 gr. 50
24 mai	1000 c ^s	24 gr.	1 gr. 16	0 gr. 50
25 mai	800 c ^s	26 gr.	1 gr. 34	0 gr. 20
26 mai	800 c ^s	30 gr.	0 gr. 87	0 gr.

La densité de son sang a toujours été normale et a même été trouvée, à deux reprises différentes, supérieure à 1058.

Densité.

13 mai = 1058

20 mai = 1058

25 mai = 1059

AUTOPSIE. — *Cœur* : très gros avec myocardite de la pointe qui est fibreuse dans une étendue de plusieurs centimètres carrés et adhère solidement au péricarde.

Toute la cavité ou ventricule gauche qui avoisine la pointe est remplie par un caillot du volume d'un œuf de pigeon et complètement ramolli. Pas de lésion d'orifice.

Enorme infractus aux poumons.

Examen microscopique :

Cœur : myocardite fibreuse très nette.

Reins : sains.

Foie : un peu de cirrhose.

Il est à noter que chez ce malade le taux de l'urée a été toujours élevé. L'oppression qu'il ressentait était en réalité des accès d'angine de poitrine et la sclérose de ses coronaires. Jamais il n'a eu de symptômes urémiques bien nets ; aussi incriminons-nous, durant la vie surtout, le cœur.

La densité du sang était très élevée. Primitivement on avait cru devoir rapporter la plupart des troubles observés à une néphrite. Mais, contrairement à ce que l'on observe dans le cas de néphrite bien caractérisée, l'albuminurie a pour ainsi dire disparu alors que l'état général s'aggravait ; les derniers jours on ne trouvait pas trace d'albumine.

III^e GROUPE. — Localisation rénale et cardiaque.

OBSERVATION VII.

ANCIEN RHUMATISME. MALADIE MITRALE. ANASARQUE.
NÉPHRITE ULTÉRIEURE.

F., Marie, 36 ans, salle Sainte-Marie, n° 40. Entrée le 29 octobre 1892 ; morte le 29 janvier 1893.

La malade est ménagère et n'a pas fait de maladie dans son enfance. Bien réglée dès l'âge de 12 ans, elle a eu deux enfants dont l'un est vivant et bien portant.

C'est à l'âge de 18 ans, après sa première grossesse, qu'elle fut atteinte d'une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu. Cette affection motiva à cette époque son entrée à l'Hôtel-Dieu. Elle en sortit guérie en apparence et a mené depuis une vie très pénible, soumise à beaucoup de privations.

Pendant tout l'hiver de 1892, elle a eu de l'essoufflement, de l'oppression après le plus petit effort.

Au mois d'avril son état s'est aggravé et elle a vu apparaître de l'œdème à la face et aux membres inférieurs.

A cette époque, la quantité de ses urines était normale, elle n'était pas atteinte de polyurie. C'est ultérieurement qu'ont apparus des accès de suffocation et elle a dû plusieurs fois appeler le médecin pendant la nuit.

Il y a un mois et demi, après un court séjour dans la salle des troisièmes femmes, elle reprend sa vie ordinaire, quoique incomplètement guérie. Aussi revient-elle aujourd'hui avec les symptômes suivants :

C'est une femme de taille moyenne, son visage est pâle et ses tissus paraissent être dans un mauvais état de nutrition.

Au cœur : la pointe se sent mal, elle bat dans le 5^{me} espace intercostal un peu en dedans du mamelon ; pas de frémissement à la palpation ; à l'auscultation on a à la pointe, un souffle systolique se propageant dans l'aisselle et suivant immédiatement le premier bruit.

Ce souffle est bref et aigu.

A l'appendice xyphoïde, véritable galop — rien à la base.

Le pouls est à 108.

Aux poumons : signes d'un léger épanchement à droite; on fait une ponction dès son arrivée et on retire 800 gr. d'un liquide dépourvu de fibrine.

Le foie ne dépasse pas, à son entrée, les fausses côtes et on ne trouve pas trace d'ascite.

Œdème marqué des membres inférieurs, légère bouffissure de la face.

La malade affirme, en outre, que depuis environ un mois, ses paupières lui semblent lourdes surtout le matin. A certains moments, elle ne voit presque rien et pendant des journées entières elle a des brouillards devant les yeux, pour nous servir de son expression.

Les urines sont pâles et renferment, le jour de son entrée, un disque assez épais d'albumine.

Dans la suite, les symptômes cardiaques s'accroissent davantage. A la pointe, un souffle systolique précédé d'un roulement présystolique; à l'appendice xyphoïde on entend toujours un bruit de galop.

Alors apparaît de l'ascite et, après une ponction abondante, on constate que le foie a augmenté de volume et déborde maintenant les fausses côtes.

La malade dort mal pendant la nuit et est sujette à de violents accès d'oppression.

La vue, à plusieurs reprises, se trouble au point qu'elle n'aperçoit pas une épingle à quelques centimètres.

Elle a des bourdonnements d'oreille et son acuité auditive est bien diminuée.

Soumise au régime de l'hôpital, elle élimine au plus 10 gr. d'urée par jour. Dans ses urines la présence de l'albumine est très inconstante. La quantité d'urine émise n'excède pas un litre.

Peu après son entrée, on constate en outre des frottements péricardiques.

Elle a vécu ainsi jusqu'à la fin de janvier, soumise successivement à l'action de la caféine, de la digitale et enfin de l'iodure de potassium.

Les urines ont été examinées tous les jours et dosées au point de vue de l'urée et de l'albumine tous les trois jours.

Dates	Quantité	Urée	Albumine
7 novembre	1200	12 gr.	0 gr. 50
17 novembre	1000	10 gr.	0 gr. 25
20 novembre	900	10 gr.	traces.
13 janvier	800	15 gr.	0 gr. 25
14 janvier	1200	12 gr. 50	néant.

Examen du sang :

Densité	
16 novembre = 1050	} Densité moyenne = 1049,8
20 novembre = 1048	
7 décembre = 1052	
14 décembre = 1050	
12 janvier = 1049	

Autopsie. — A. — Cœur : petit, poids : 310 grammes. Quelques végétations récentes sur les valvules sigmoïdes. Orifice mitral en infundibulum. Rétrécisse-

ment léger et insuffisance prouvée par l'épreuve de l'eau.

B. — Reins : petits, pâles et durs ; grenus à leur surface quand on les décortique.

Poumons congestionnés.

Rate petite.

Foie muscade.

Examen microscopique.

A. — Cœur : Lésions très peu accusées, elles se bornent à une pigmentation un peu anormale ; des granulations semblent occuper, au sein de la fibre musculaire, les deux pôles du noyau.

B. — Reins (durcis dans le liquide de Muller) : Vaisseaux très visibles au niveau des pyramides, très peu au niveau de la substance corticale. Nombreux tubes contournés, incolores, sans noyau et à protoplasma indistinct. Sur quelques glomérules, capsule de Bowmann épaissie (sclérose commençante des glomérules).

En somme, lésions des plus minimes.

C. — Foie cardiaque typique.

OBSERVATION VIII.

RHUMATISME ARTICULAIRE. — SYMPTÔMES DE MALADIE
CARDIAQUE DEPUIS 4 ANS. — INSUFFISANCE
MITRALE AVEC RÉTRÉCISSEMENT. — DILATATION CONSI-
DÉRABLE DU CŒUR. ALBUMINURIE.

G... Aimée, 52 ans, ménagère, née à Vaugneray

(Rhône). Entrée le 12 juin. Morte le 9 juillet, salle Sainte-Marie, n° 33.

La malade est venue à l'Hôtel-Dieu à cause de son oppression et de l'œdème des membres inférieurs.

Sa mère est morte, dit-elle, d'essoufflement ; son père a succombé à la suite de la grippe.

Elle a eu précédemment une longue et douloureuse attaque de rhumatisme qui l'obligea à garder le lit pendant trois mois. Depuis quatre ans, elle éprouve de la dyspnée à l'occasion du moindre effort. L'œdème des jambes a paru pour la première fois il y a trois semaines environ.

Etat actuel. — Céphalée assez vive, pas de bouffissure de la face.

Aux membres inférieurs, l'œdème est considérable, il a envahi la vulve.

Le cœur bat énergiquement dans le deuxième espace ou plutôt sous la sixième côte. Frémissement cataire, inconstant dans le quatrième espace. Matité cardiaque accrue.

A l'auscultation on trouve de l'arythmie peu marquée ; on croit entendre un rythme nitral.

Aux poumons, râles sous-crépitaux fins aux deux bases. Diminution sensible du murmure vésiculaire à la base droite.

Les urines qui s'élèvent à peine à 0^l 800 renferment 1 gr. 50 d'albumine.

Les mouvements du cœur deviennent de plus en plus irréguliers. Le pouls devient si rapide qu'on a de la peine à le compter. En même temps, l'oppression augmente.

Des œdèmes partiels apparaissent ; les deux avant-bras sont successivement envahis ainsi que les paupières.

La malade est comme hébétée et reste indifférente à tout ce qui l'entoure.

Bientôt sa respiration affecte le type de Cheyne-Stokes. Un examen plus attentif aurait pu faire croire que cette tachycardie était due à l'action des 0,002 de digitaline ordonnés à la malade.

La tachycardie existait déjà avant l'administration de la digitale, elle diminue même sensiblement le lendemain de l'administration.

Dates	Quantité	Urée	Albumine
13 juin	0 1800	13 gr.	1 gr. 30
16 juin	1000	15 gr.	1 gr.
27 juin	1200	14 gr.	0 gr. 50

Densité du sang.

13 juin 1050

24 juin 1049

AUTOPSIE. — Cœur gros = 600 gr., le ventricule gauche est un peu globuleux et est très hypertrophié. Le ventricule droit est plutôt petit. — Rétrécissement serré et calcaire de la valvule mitrale n'admettant pas l'extrémité du petit doigt, du côté de l'oreillette beaucoup de nodi calcaires.

Valvules sigmoïdes de l'aorte très épaissies.

Les artères coronaires ne sont pas malades et les orifices sont larges.

Reins 310 gr. plutôt petits, capsule s'enlève mal.

Rate 200 gr. un peu grosse.

Foie 1520 gr.

HISTOLOGIE. — Cœur. — Oblitération de quelques artérioles dans le pilier écartement des fibrilles.

Rein. — Pas d'autre lésion qu'un défaut de coloration des tubes contournés. — dans les glomérules on voit comme des bouchons

Ce sont là deux cas mixtes, et jamais nous n'avons pu accorder une prédominance exclusive aux lésions rénales ou aux lésions cardiaques.

Le processus scléreux a successivement frappé chez ces malades le muscle cardiaque et le rein. Les reins étaient devenus insuffisants à cause des lésions scléreuses qui envahissaient les glomérules, l'état général en a tout de suite ressenti une grave atteinte.

C'est à la lésion rénale que sont dus les troubles urémiques observés à la fin de la vie.

CONCLUSIONS

Cette thèse, que les circonstances ne nous ont pas permis de rédiger plus longuement, mais qui est basée sur l'observation prolongée d'un grand nombre de malades, n'est pas susceptible d'un bien grand nombre de conclusions.

Nous dirons donc simplement que l'étude attentive de la marche de la maladie et d'un certain nombre de signes cliniques objectifs, que nous avons essayé de mettre en relief, permet, dans le plus grand nombre des cas, de discerner si un malade, atteint d'artériosclérose, présente une localisation prédominante de cette lésion sur le cœur ou sur le rein. Notre travail apporte donc une modeste contribution à un point fort délicat du diagnostic.

VU : P^r LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

A. GAYET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

LÉPINE.

Permis d'imprimer

Lyon, le 21 décembre 1893.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

